المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلّد 7، العدد 2، 2014

تعدد الأدوار وعلاقته بصحة المرأة العاملة

*وسام درويش بريك**

ملخّص

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن الفروق في الأوضاع الصحية النفسية والجسمية والتقدير الذاتي للوضع الصحي لدى عينة من النساء العاملات في ضوء اختلافهن فيما يؤدين من أدوار اجتماعية وأسرية تتعارض مع أدوار العمل. تكونت عينة الدراسة من (568) امرأة عاملة تراوحت أعمارهن بين (20–60) عاماً ممن مضى على التحاقهن بسوق العمل أكثر من ثلاث سنوات، ويعملن في مواقع مهنية متنوعة في القطاعين العام أو الخاص في محافظة العاصمة.

صنفت المشاركات في الدراسة بناءً على ما يقمن به من أدوار اجتماعية وأسرية. واستخدمت أربع أدوات للكشف عن الفروق بينهن في الصحة النفسية، والأعراض السيكوسوماتية والأمراض المزمنة والحادة والوضع الصحي العام.

بينت النتائج وجود فروق دالة بين النساء العاملات في عدد من المظاهر الصحية النفسية وأعراض الاضطراب السيكوسوماتي والأمراض المزمنة والحادة وفي التقييم الذاتي للوضع الصحي تعزى إلى الجمع بين الأدوار المهنية وأدوار الاجتماعية والأسرية. وقد كان تأثير الجمع بين الأدوار المهنية والاجتماعية والأسرية أكثر وضوحا في ظهور عدد أكبرمن الأعراض السلبية النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية مما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة والحادة. كما اتضح أن الصحة النفسية للنساء العاملات المتزوجات تفوق مثيلاتهن من غير المتزوجات.

الكلمات الدالة : المرأة العاملة، تعدد الأدوار، الاضطرابات السكوسوماتية، الأمراض المزمنة، الأمراض الحادة، الصحة النفسية، الوضع الصحي.

المقدمة

خلصت الدراسات التي أجريت لمعرفة تأثير الأدوار المتعددة Multiple Roles في الأوضاع الصحية إلى نتائج مختلفة قادت إلى فرضيات عديدة اختلفت في تقديرها للآثار التي تنشأ عن قيام المرأة العاملة بعدد من الأدوار. ففرضية الامتداد Expansion Hypothesis لماركس (Marks, 1977)، أو ما يطلق عليها فرضية السببية الاجتماعية Social Causation Hypothesis، التي قام بتطويرها عدد من العلماء والباحثين في مجال الصحة العامة، وأيدتها مجموعة من الأبحاث التطبيقية في مجالاتٍ عدَّةَ (Grundy and Sloggett, 2003; Power, Stansfeld, Matthews, Manor, and Hope, 2002, Lennon and Rosenfield, 1992; Thoits, 1983)، ترى أن القيام بأدوار متعددة يسهم في الارتقاء بوضع الفرد الصحيّ Well-being والتكُيفيّ؛ نظراً لارتباط هذه الأدوار بقدر أكبر من التحكم بأمور الحياة، وبالأوضاع الاقتصادية الجيدة، وبزيادة فرص الاندماج الاجتماعي، والحصول على المساندة الاجتماعية، وتقدير الذات.

وتؤيد وجهة النظر هذه فرضية المساندة Enhancement Hypothesis، التي تفترض أن ما يكسبه الأفراد من تقدير ذات أكبر، ومساندة اجتماعية، من خلال القيام بأدوار متعددة، يفوق ما يتكبَّدونه من تكاليف. وفي هذا السياق تحدِّدُ فرضية المساندة مجموعة من الآثار الإيجابية التي يُسْبِغُها العمل على حياة المرأة العاملة، فالتعدد يرتبط في تحسن الوضع الاقتصاديّ (Kessler and McRae, 1982)، وزيادة فرص المساندة الاجتماعية (Aneshensel, 1986)، رويوفر الأجواء

* قسم علم النفس، جامعة عمان الأهلية، الأردن.
تاريخ استلام البحث 2012/5/9 وتاريخ قبوله 2013/12/23.

المعزِّزة (Hughes and Galinsky, 1994)، والمساندة الأسرية (Barnett, Davidson and Marshall, 1991; Barnett, Marshall and Singer, 1992; Waldron, Weiss, and Hughes, 1998).

وتتفق فرضية الانتقاء Selection Hypothesis مع فرضية الامتداد، إذ ترى أن العلاقة الإيجابية بين الوضع الصحيّ والعمل بأجر لدى النساء يمكن أن يُفسَّر في ضوء المشاركة الاختيارية للمرأة في ميدان الحياة المهنية (Aston and Lavery, 1993; Härenstam and Bejerot, 2001)؛ فدخول المرأة إلى ميدان الحياة المهنية، والعمل بأجر، يمكن أن يساعدها في التغلب على الكثير من المشاكل والضغوط، لاسيما تلك الضغوط المرتبطة بتدني مستواها الاقتصادي؛ نظراً لأن الأوضاع المتردِّية التي تواجهها المرأة في كثير من بلدان العالم، غالباً ما ترتبط بوضعها الاقتصادي؛ فالفقر يرتبط بسوء التغذية، وارتفاع نسبة الوَفَيَات، والعجز الناجم عن الأمراض المزمنة، وزيادة التعرض للعنف والاكتئاب (McGrath, Keita, Strickland and Russo, 1990). كما أن الأفراد الذين يقعون في المستويات الاقتصادية الدنيا يمتلكون مصادر أقل للتعامل مع مشكلات الحياة، ويكونون أكثر قابلية للتعرض للاكتئاب والاضطرابات النفسية الفسيولوجية (Mcleod and Kessler,1990).

لذا، فإن عمل المرأة يكتسب أهميته لأنه يسهم في التخفيف من حدة هذه الأعراض، لاسيما إذا علمنا أن أغلب فقراء العالم هم من النساء والأطفال.لذلك اعتبر الفقر سمة تختص بها الإناث (أنثثة الفقر) Feminitization of Poverty بشكل خاص؛ فأكثر من 75% من الفقراء في الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، هم من النساء والأطفال (U.S CensusBereau, 2000) مشار إليه في نيلسون وبورك (Nelson and Burke 2002)ويتوقع لهذه النسبة أن تزداد على المستوى العالمي، وخصوصاً مع تعقد الظروف المرتبطة بالأزمات الاقتصادية وحالة عدم الاستقرار التي يمر بها العالم قاطبة.

وفي المقابل، تفترض فرضية صراع الدور Role-Conflic Hypothesis أن قيام الفرد بأدوار متعدِّدة يُعرِّضه لصراع الدور Role- Conflict، والتوتر (Baruch, Biener, and Barnett, 1987). وتتفق فرضية المحدودية Scarcity Hypotheses لجودي (Goode, 1960) مشار إليه في ستيفن (Stephen and Franks,1999) مع وجهة النظر هذه، إذ تفيد بأن لدى الناس قدراً محدوداً من الوقت والطاقة، وبذلك فإن المرأة التي تقوم بأداء أدوار متعددة، تفرض عليها مطالب متعارضة، تتعرض إلى المعاناة الناتجة عن زيادة الأعباء Over Load، والصراع الناجم عن التداخل بين الأدوار Inter-Role Conflict. وكما يرى ويرسما (Wiersma, 1990)، فإن صراع الدور يتّضح في زيادة حدة التوتر والتشكيك Uncertainty؛ فقد ينشأ التوتر لأن برنامج العمل يتداخل مع حياة الأسرة، ولأن الأمهات يشعرن بعدم توفر الوقت الكافي للبقاء مع الأطفال، أو بسبب ما يشعرن به من تعب بعد يوم عمل شاق، وعندما لا يمتلكن الطاقة الكافية لأداء المسؤوليات الأسرية المختلفة. ومع أن الرجال يشعرون –أيضاً– بالتوتر والصراع الناجم عن المطالب المتعارضة للأدوار المختلفة، إلاّ أن ماكين وبورك (McKeen and Burke, 1994) يعتقدان أن النساء أكثر عرضة للارتباك.

وتتعرض المرأة العاملة، بالإضافة إلى صراع الدور، إلى مصادر ضغط أخرى يوضحها "نموذج خبرة الضغط لدى المرأة المهنية" The Professional Women's Stress Experience Modelالذي قدمه كويك وكويك (Quick and Quick, 1984)؛ فالمرأة العاملة، وفقاً لهذا النموذج، تتعرض لمصادر ضغط عامة Common Stressors يتعرض لها جميع الأفراد العاملين من الرجال والنساء، وهذه المصادر صنَّفها كويك وكويك في خمس فئات، هي:

- مطالب الدور، Role Demands
- مطالب الوظيفة Job Demands
- المطالب البيئية Environmental Demands
- المطالب المتعلقة بالعلاقات مع الآخرين Interpersonal Demands
- المطالب المرتبطة بالتزامات الفرد خارج المؤسسة Extra OrganizationalDemands.

كما تتعرض المرأة العاملة – كما يقترح كويك وكويك (Quick and Quick, 1984)–، إلى مصادر ضغط فريدة Unique Stressors خاصة بها، إضافة إلى مسببات الضغط

العامة التي أشير إليها؛ مما يجعلها مضطرة إلى التعامل مع الضغوط التي يتعرض لها جميع العاملين، بالإضافة إلى الضغوط التي تخصها، والتي من النادر أنْ يتعرض لها زملاؤها من الذكور، وهذه الضغوط تتضمن:

- التمييز Discrimination
- التعميمات النمطية Stereotyping
- تعارض المطالب الأسرية مع مطالب العمل Marriage/Work Interface
- العزلة الاجتماعية Social Isolation

وفي المجتمعات الغربية حازت مسألة تعدد الأدوار والصراع بين الأدوار الأسرية والمهنية اهتماماً كبيراً؛ مما قاد إلى ظهور أفكار تدعو إلى إعادة النظر في النظام الجندريّ Gender Regime الخاص بتوزيع الأدوار بين الرجال والنساء. أما في المجتمعات العربية فهناك نقص واضح في الأبحاث التي أولت هذه المسالة عنايتها، إذ تركز اهتمام أغلب الأدبيات التي تناولت المرأة العربية، وانخراطها في الميدان المهني بشكل خاص، على تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية في عمل المرأة. والدراسات النادرة التي تناولت مشاركة المرأة في قوة العمل في الأردن حصرت اهتمامها بدراسة العوامل الاجتماعية الأسرية التي تؤثر في مشاركة المرأة في قوة العمل أو في دور المرأة في الحياة السياسية ومعوقاتها، انظر (Sabbagh, 1997)، أو معوقات وصول المرأة إلى المواقع القيادية العليا (العزام والشهابي، 2003). أما فيما يتعلق بأوضاع المرأة الصحية فهناك دراسات محدودة، أجريت في مجتمعات محصورة، لم يتناول فيها الباحثون الواقع الصحي للمرأة العاملة عموماً (مثال: ناصر، حسن، 1999)، كما لم تتطرق إلى صحة المرأة العاملة، أو تعدد الأدوار وعلاقتها بالصحة النفسية أو الجسمية. وحديثاً وجَّه بعض الباحثين في الأردن الاهتمام إلى مسألة التأثير الذي يُخلِّفُهُ عمل المرأة في صحتها الجسمية والنفسية (مثال:Hatter and Dowani, 2006؛ بريك وداود، 2009). من هنا جاءت فكرة هذه الدراسة؛ لسد النقص في الأدبيات المتعلقة بهذا الموضوع، ولتوجيه الاهتمام إلى أوضاع المرأة العاملة الصحية؛ نظراً لما تتركُهُ هذه الأوضاع من تأثيرات في المرأة والمجتمع والأسرة.

أدبيات البحث

تقوم النساء العاملات بوظيفتين: الأولى في مكان العمل، والثانية في البيت. وغالباً ما تتعرض هؤلاء النساء وهن يحاولن إدارة الموقفين إلى الصراع الناجم عن ازدواجية الأدوار Duality of Roles؛ مما يسبب لهن االضغط والتوتر، ويعرضهن إلى أشكال مختلفة من المعاناة (Wortman, Biernat and Lang, 1991).

ونظراً لأن التوقعات التقليدية المتعلقة بالدور Traditional Role Expectations، تفرض على المرأة أن تضع الأسرة في المقام الأول، وأن تعتبر مهمة رعايتها من الأمور المنوطة بها بشكل رئيس (Duxbury and Higgins, 1991; Noor, 1995)، فإن فرص تعرض المرأة العاملة إلى القلق والضغط (Lewis and Cooper, 1983) ومشاعر الذنب تصبح أكثر احتمالاً.

ومع أن نزول المرأة إلى سوق العمل، كما بينت دراسات عديدة، عربية (مثال: بريك، وداود، 2009)، وأجنبية (مثال: Härenstam and Bejerot, 2001)، يرتبط بالأوضاع الصحية الجيدة، إلا أن الأثر المتجمع عن استمرار الصراع الناجم عن القيام بأدوار متعددة يمكن أن يُزيل، كما يرى لويس وكوبر (Lewis and Cooper, 1983)، هذه النتائج الإيجابية، وأن الجمع بين أدوار معينة يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الضغط. (Maclean, Glynn and Ansara, 2004)

وفيما يأتي عرض لما توصلت إليه الدراسات من نتائج تتعلق بتعدد الأدوار التي تقوم بها المرأة العاملة على أوضاعها الصحية:

الوضع الاجتماعي

توصلت الدراسات التي أجريت لقياس تأثير الوضع الاجتماعي على صحة المرأة العاملة إلى نتائج متضاربة. فقد أشارت نتائج دراسة فيلد وبراmويل (Field and Bramwell, 1998)، إلى وجود تأثير دال للحالة الاجتماعية على صحة المرأة العاملة، إذ أقرت النساء المتزوجات من العاملات بأنهن أكثر عرضة للضغط الناجم عن اتجاهاتهن نحو ثنائية الدور، وتبينا أن النساء المتزوجات اللواتي يقمن بأدوار أكثر تقليدية في المجتمع يتعرضن لضغط أكثر؛ جراء إحساسهن بصعوبة المسؤوليات المنزلية.

كما بينت دراسات أخرى (Waldron and Jacobs, 1989) أن العمل قد يترك آثاراً إيجابية على النساء العازبات أكثر من المتزوجات حتى مع ضبط متغير الدخل.

وأيد موري ورفاقه (Mori, Nakashima, Yamazaki and Kurita, 2002) النتائج التي توصلت إليها الدراسات المذكورة، إذْ توصلوا إلى أن درجات النساء العاملات غير المتزوجات على مقياس الصحة النفسية General Health Questionnaire كانت أعلى من درجات المتزوجات.

وأوضحت دراسات أخرى (مثال: Hammen, 2003) أن الوضع الاجتماعي يرتبط بأعراض الكآبة لدى النساء، وأن أعراض الكآبة كانت أقل في حالات الزواج الموفَّق.

أما لانجان وبول (Langan and Poole, 1995)، فتوصلا إلى أن الصحة النفسية للنساء العاملات غير المتزوجات أضعف من الصحة النفسية لزميلاتهن المتزوجات، كما حصلت غير المتزوجات على درجات أعلى في مقياس نمط السلوك (A).

وبينت النتائج التي توصل إليها سناب (Snapp, 1992) أن الوضع الاجتماعي يتنبأ بدرجة دالة بأعراض الكآبة عند الإناث، إذْ حصلت النساء المتزوجات على درجات متدنية في مقياس الكآبة مقارنة بمثيلاتهن من النساء العاملات غير المتزوجات.

وأوضحت الدراسة التي أجراها ريديلنجهايز وآخرون (Redelinghuys, Botes and DeWet, 1999)، وجود درجات عالية من الرضا لدى النساء العاملات المتزوجات بأدوارهن الزواجية. ولم تشر النساء إلى تعرضهن للضغط من قبل الأزواج.

وجود أطفال لدى المرأة العاملة

مع أن الدراسات المبكرة بينت أن الوضع الأسري الذي يتميز بوجود أطفال لدى المرأة العاملة يحصنها من التأثيرات السلبية التي تتعرض لها، إلا أن الدراسات اللاحقة أشارت إلى أن وجود الأطفال لدى المرأة العاملة لم يعد يحميها من الصعوبات التي تواجهها في مهنتها (Barnett, Raudenbush, Brennan, Pleck and Marshall, 1993). إذ أظهرت النساء العاملات في دراسات أجراها جوف وباحثون آخرون (Gove and Geerken, 1977)، تعرضاً أكبر للصراع بين مطالب العمل والأسرة، وكنَّ أكثر معاناة من الإجهاد الناجم عن تربية الأطفال الصغار. وأيدت هذه النتيجة دراسات أجراها كليري وغيره من الباحثين، لاسيَّما في الحالات التي يكون فيها الدخل مُتدنِّياً (Cleary andMechanic, 1983)، وساندت هذه النتائج دراسة بيلي وآخرون (Belle, 1982; Cleary and Mechanic, 1983; Hall, Williams and Greenberg, 1985)، إذِ اتضح من نتائج هذه الدراسات أن الامهات اللواتي لديهن أطفال صغار، لاسيَّما الوحيدات من ذوات الدخل المحدود، كُنَّ أكثر عرضة للكآبة من النساء الأخريات.

وتوصلت دراسة طولية قام بها آربر وآخرون (Arber, Gilbert and Dale, 1985)، إلى نتيجة مفادها أن العمل قد يترك آثاراً إيجابية على النساء الصغيرات اللواتي ليس لديهن أطفال.

كما أن دراسات أخرى (Cain, 1986; Gilbert and Rachlin, 1987, McBride, 1990; Parasuraman, Purohit, Godshalk and Beutell, 1996)، بينت أن الضغط الناجم عن الجمع بين مسؤوليتي رعاية الأطفال والعمل، لاسيَّما في المجتمعات الذكورية Male Centered Societies يجعل المرأة أكثر عرضة إلى المعاناة الجسدية والسيكولوجية، بما في ذلك: عدم الرضا، والحزن، والغضب، والتوعك، والتعب، والألم الجسمي.

وفي دراسة قام بها إليوتوهيوبرت (Eliott and Huppert, 1991) بهدف تقصي العلاقة بين العمل بأجر والأوضاع الصحية للنساء العاملات، تبينا فيهاأن وجود أطفال دون سن المدرسة قد ارتبط سلبا مع الصحة النفسية للنساءالمشاركات في الدراسة. إذ أوضحت النتائج أن 35% من النساء العاملات ممن لهن أطفال صغار دون سن 5 سنوات كن معرضات إلى الاضطراب السيكولوجي بصرف النظر عن أيٍّ عوامل أخرى.

وأيد ميليسوستيفنز(Meleis and Stevens, 1992) ذلك، إذْ توصلا في دراسة أجرياها على النساء اللواتي يعملن بمهن كتابية في الولايات المتحدة إلى أنَّ العيش مع أزواج مسيطرين، وإعطاء الأولوية إلى الواجبات المتعلقة بالأسرة والبيت والعناية بالأطفال وإنكار الرغبات الشخصية والطموح، كان له أثر كبير في الإضرار بصحة المرأة العاملة بينما

تحاول القفز بين المسؤوليات التي تفرضها الأدوار المتعددة في محاولة منها للدمج بين الأدوار المهنية والأسرية.

كما توصل كولينز ورفاقه (Collins, Tiedje and Stommel, 1992)، إلى أنَّ الضغط الذي تواجهه المرأة لدى محاولتها إدارة الأدوار المتعددة يكون أكبر ما يمكن، كما أن الفوائد النفسية التي تحققها من المشاركة في سوق العمل تكون في أدنى مستوى بين النساء المتزوجات اللواتي لديهن أطفال صغار.

ووجدت جاكسون (Jackson, 1993)، أن عمل المرأة ارتبط بعدم وجود تفضيل لأطفالها الذكور الذين تراوحت أعمارهم بين 3–4 سنوات، وأن وجود الأطفال الذكور ارتبط بتقدير ذاتٍ منخفض، مع تدني مشاعر الرضا عن الحياة Life Satisfaction.

وأشارت دراسة فيلد وبراmويل (Field and Bramwell, 1998)، إلى تزايد الضغط مع تزايد المسؤوليات المتعلقة برعاية الأطفال أو غيرهم ممن يحتاجون إلى رعاية من أفراد الأسرة.

وفي دراسة سويدية حول العبء الكلي المدرك كوظيفة لعدد الأطفال، اتضح أن هذا العبء بين النساء كان أضخم مقارنة بالرجال (Lundberg, Mardberg and Frankenhaeuser, 1994). وتبين بورنبرغ (Bjôrnberg, 1998)، في دراسة سويدية حول الأمهات والآباء الموظفين ممن لديهم أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة أن عدم القدرة على تحقيق التوازن بين مطالب العمل والأسرة ارتبط بوجود مستويات متدنية في الأوضاع الصحية.

وكشفت دراسة أجراها لوندبرغ وفرانكنهويسر (Lundberg and Frankenhaeuser, 1999)، على عينات سويدية أن مستوى هرمون نورأدرينالين في دم النساء اللواتي يشغلن مناصب في المستويات العليا ولديهن أطفال دون سن المدرسة كان أعلى منه لدى نظرائهن من الرجال الذين يشغلون مناصب في المستويات ذاتها.

المساندة (المساعدة في أعمال البيت)

تبين أدبيات صراع العمل – العائلة Work- Family Conflict أن المساندة الأسرية يمكن أن تكون إجرائية مادية (كالمساعدة في القيام بالأعمال المنزلية الروتنية) أو انفعالية (مثل المساندة الرعائية والعاطفية الإيجابية). ومع أن المساعدة بأعمال المنزل الروتينية لم تثبت دائماً أنها مصدر حصانة للمرأة (Wells and Major, 1997; Mori et al., 2002; Richmond, 1992, P. 232)، إلا أن المساندة العاطفية يمكن أن تساهم بشكل جوهري في تخفيف الضغط. وفي هذا الصدد وجد الباحثون أن المساندة الانفعالية الأسرية ساهمت في الرضا المهني عند المرأة أكثر من المساندة المادية (Rudd and Mckenry, 1986)، وفي التخفيف من صراع أدوار العمل – الأسرة (King, King and Adams, 1996; Burley, 1995). وكما يشير ثومبسون وآخرون (Thompson and Walker, 1989 Burley, 1995)، فإن صراع الدور يكون حاداً بدرجة خاصة عندما تشعر المرأة بأن تقسيم العمل في الأسرة لا يتم على أساس عادل، وعندما تتوقع من الزوج أن يكون أكثر إيجابية إزاء المسائل المتعلقة بشؤون الأسرة والمنزل.

أما نتائج الدراسة التي أجراها موري (Mori et al., 2002) فلم تشرإلى وجود ارتباط دال بين تلقي المساندة من الأسرة والأصدقاء وبين الصحة العقلية بالنسبة للمرأة المتزوجة، في حين ارتبطت مساندة الأسرة والأصدقاء ارتباطاً دالاً مع الصحة العقلية عند النساء العاملات غير المتزوجات.

في حين أيدت نتائج دارسات أخرى (Kessler and McRae, 1982; Krause and Markides, 1985)، أن العمل قد يترك آثاراً إيجابيَّة على النساء العاملات المتزوجات اللواتي يتلقين مساعدة جوهرية من الشريك بالعناية بالأطفال وأعمال المنزل، مع أن نتائج دراسة ريدلينجهيز ورفاقه (Redelinghuys et al., 1999)، بينت أن صراع الدور لدى النساء لم يتأثر بسبب ما يقدمه الأزواج من مساندة مادية ومعنوية.

طبيعة العمل (دوام كامل أو جزئي)

اختلفت الدراسات فيما توصلت إليه من نتائج حول العلاقة بين طبيعة العمل الذي تقوم به المرأة العاملة وبين أوضاعها النفسية، فقد أشارت نتائج دراسة قام بها هارتلي وآخرون (Hartley, Popay and Plewis, 1992)، أن العمل بدوام جزئي يعرض المرأة العاملة إلى مستويات أقل من الأعراض السيكولوجية من العمل بدوام كامل.

وأيد هذه النتيجة هايد ورفاقه (Hyde, Klein, Essex and Clark, 1995)، إذْ تبينوا أن النساء اللواتي يعملن بدوام كامل يُبْدِيْنَ مستويات أعلى من القلق مقارنة بالنساء اللواتي يعملن بدوام جزئي.

وجاءت هذه النتائج منسجمة مع ما توصل إليه باحثون من جامعة جورج واشنطن ومعهدي بحوث سياسات المرأة في جامعة تاون، وواشنطن دي سي، والمعهد الأمريكي للبحوث، استناداً إلى بيانات المسح الذي مَوَّلتْهُ مجموعة الكومنولث (Mead, Mitkowski, Gault and Hartman, 2001). إذْ تبينوا أن تعرض النساء اللواتي يعملن بدوام جزئي للأمراض المزمنة أو الإعاقات كان أقل بنسبة 37% من النساء اللواتي يعملن بدوام كامل؛ مما يعطي احتمالاً بأن النساء اللواتي استطعن الحفاظ على ظروف صحية جيدة لا يعملْنَ –على الأغلب– بدوام كامل.

أما فيلد وبراmويل (Field and Bramwell, 1998) فقد بينا أن مشاعر الضغط كانت لدى النساء اللواتي يعملن بدوام جزئي أكثر وضوحاً من النساء اللواتي يعملن بدوام كامل.

ولم تكشف النتائج التي توصلت إليها جاكسون (Jackson, 1993)، عن وجود ارتباط بين عدد ساعات العمل الأسبوعية وبين الإجهاد، أو الكآبة. وانسجمت نتائج دراسة كلارك (Clark, 1997)، مع النتائج التي توصلت إليها جاكسون (Jackson, 1993)، إذ لم تكشف عن أية فروق دالة بين أفراد العينة من النساء المتزوجات اللواتي يعملن بدوام كامل أو جزئي على مقياس الشعور بالسعادة أو الرضا عن الوضع الاقتصادي أو الرضا المهني.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

من المتعارف عليه أن زيادة الواجبات التي يكلف بها الفرد ترتبط بالزيادة في عبء الدور التي تترافق –في أغلب الأحيان– مع أعراض الإجهاد الجسمي والنفسي، ويتوقع أن تزداد حدة هذه الأعراض إذا تزامنت مع قيام الفرد بأدوار متعددة تفرض مطالب ومسؤوليات تتطلب سلوكات متعارضة. هذه الأوضاع غالباً ما يصاحبها التعرض إلى صراع الدور ومشاعر الذنب بسبب العجز عن تلبية مطالب الأدوار المتنافسة بشكل يبعث على الرضا والارتياح؛ مما يؤدي بدوره إلى تفاقم مشاعر الضغط النفسي وما يصاحبها من اضطرابات صحية نفسية وجسمية. وهذه الحالة غالباً ما تكون أكثر تواتراً لدى النساء اللواتي يشاركن في قوة العمل؛ فقيام المرأة العاملة بالجمع بين الأدوار الأسرية والمهنية قد يجعلها أكثر عرضة من زملائها العاملين من الذكور أو من مثيلاتها من غير العاملات من النساء إلى الضغط النفسي، وما يصاحبه من أشكال المعاناة والاضطراب النفسي والجسمي؛ مما ينعكس سلباً على أدائها وعلاقاتها المهنية والأسرية. من هذا المنطلق يصبح من المهم فحص الأثر الذي يخلفه تعدد الأدوار في **صحة المرأة العاملة النفسية، والجسمية، وهو ما تهتم به هذه الدراسة**، إذ تهدف إلى الكشف عن الآثار الناجمة عن الجمع بين الأدوار المهنية والأسرية والاجتماعية في أوضاعها الصحية النفسية والجسمية. وإلى التعرف إلى الفروق بين النساء العاملات في التقييم الذاتي لأوضاعهن الصحية في ضوء ما يقمن به من أدوار اجتماعية وأسرية إلى جانب أدوار العمل. ولتحقيق هذا الغرض سوف تسعى الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

أولاً: هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في الصحة النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب؟

ثانياً: هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة والحادة تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب؟

ثالثاً: هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التقدير الذاتي للوضع الصحي تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب؟

أهمية الدراسة

تظهر الحاجة ماسة إلى تقصي الآثار الصحية النفسية والجسمية التي تترتب على الدمج بين الأدوار الأسرية التي تتميز بمتطلباتها العالية وبين أدوار العمل التي لا تقل متطلباتها عن المطالب التي تفرضها الأدوار الأسرية؛ لأن هذه الدراسات يمكن أن تُقدَّم أساساً لقاعدة بيانات يستفيد منها الباحثون والدارسون والمُشرِّعون في مجال عمل المرأة، وصحتها، وحقوقها، لاسيمَّا مع ندرة الدراسات المتوفرة في هذا المجال،

كما تساعد المختصين وصانعي القرار في تحديد السياسات والقوانين الخاصة بالتشريعات المتعلقة بعمل المرأة وحقوقها بما يكفل لها المشاركة المهنية دون أن تتعرض هي أو أفراد أسرتها إلى الأضرار النفسية والجسمية. فعمل المرأة، بالإضافة إلى أهميته في النهوض بالمجتمع من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، أصبح ضرورة حتمية لا يمكن الاستغناء عنه في الأسر التي لم يعد فيها دخل الرجل وحدَهُ قادراً على تلبية متطلباتها وتوفير الحياة الكريمة لأفرادها، في وقت ارتفع فيه مستوى المعيشة بشكل لم يسبق له مثيل، خصوصاً مع ما يمر به العالم أجمع من ازمات اقتصادية حادة.

كما أن ما يبذلُ من جهود مادية ومعنوية في إعداد المرأة أكاديمياً ومهنياً لا يفترض التفريط به، ومِنْ ثَمَّ يصبح من الطبيعي أن تقوم المرأة بدورها في المشاركة المهنية، مستثمرة ما لديها من مهارات وإمكانات، دون أن تتعرض إلى التأثيرات السلبية بسبب هذه المشاركة.

علاوة على ذلك، فإن الإلمام بالنتائج المترتبة على تعدد الأدوار يمكن أن يقدم دليلاً للمرشدين في مجال الإرشاد الأسري والزواجي والمهني.

إجراءات الدراسة

أولاً: مجتمع الدراسة والعينة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع النساء العاملات في مختلف القطاعات المهنية في محافظة العاصمة عمان، ممن تزيد أعمارهن عن عشرين عاماً، ومضى على مشاركتهن في سوق العمل ثلاث سنوات وأكثر. ولأغراض الدراسة اختيرت عينة متاحة من النساء العاملات روعي فيها –ما أمكن– التمثيل الجغرافي لمختلف المناطق والقطاعات المهنية في المجالين العام والخاص.

تألفت عينة الدراسة من 568 امرأة عاملة ممن يعملن في البنوك والمدارس والجامعات والمستشفيات والمراكز الصحية والمؤسسات العامة التابعة لمختلف الوزارات، ومن مختلف المستويات التعليمية من الثانوية العامة أو أقل إلى حملة الدكتوراة.

ثانياً: الأدوات

1- استبانة المعلومات الشخصية والديموغرافية

اشتملت هذه الاستبانة على مجموعة من الأسئلة تناولت: وضع المرأة الاجتماعي، ووجود أولاد، وتوفر المساعدة من الآخرين في أعمال البيت، وتقديم الرعاية للآخرين من الأطفال أو المسنين، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب، بالاضافة إلى سؤال مباشر يقيس مدى الصعوبة التي تواجهها المرأة العاملة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة.

2- مقياس الصحة النفسية Psychological Well- Being Scale:

أُعِدَّتْ هذه الأداة عن قائمة لانجر (Langer Index) التي طَوَّرها كُلٌّ مِنْ: روس، وهيس (Ross and Hayes, 1988). وتشتمل هذه الأداة على 6 فقرات، يلي كُلاً منها مقياس تدريجي يتراوح بين 1(عدم وجود العرض الذي تتناوله الفقرة) إلى 5 (وجود العرض بشكل مستمر ودائم). وتتناول هذه الفقرات: صعوبات النوم، والشعور بالغضب وسرعة الاستثارة، وانخفاض المعنويات، والشعور بالسعادة، والشعور بالنشاط، والشعور بالتفاؤل. صيغت الفقرات الثلاث الأولى بطريقة معاكسة للفقرات الثلاث الثانية؛ لتجنُّب ما يمكن أن يحدث من خطأ نتيجة ميل المفحوصين إلى الاستجابة الإيجابية دون التركيز على مضمون الفقرة الفعليّ.

3- مقياس الأعراض السيكوسوماتية Psychosomatic Symptoms:

أُعِدَّتْ هذه الأداة من خلال الاستعانة بالأداة التي طَوَّرها كلٌّ من: بيكو، وباراباز، وبودا (Piko, Barabas and Boda, 1997) للحصول على معلومات حول مدى تكرار التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية خلال العام الذي سبق وقت تعبئة الاستمارة. وتغطي فقرات الأداة الأعراض السيكوسوماتية السبعة الآتية:

آلام الظهر، والصداع الناجم عن التوتر، واضطرابات النوم، والتعب المزمن، وحرقة المعدة الناجمة عن سوء الهضم، والإسهال الناجم عن التوتر، وخفقان القلب. يلي كُلَّ واحدة من هذه الأعراض مقياسٌ تدريجيٌّ يتراوح بين 1 (عدم وجود العرض) إلى 5 (التعرض للعرض بشكل مستمر).

الملاحق

الجدول (1)*

الفروق بين النساء العاملات في الأعراض النفسية والسيكوسوماتية وفق ما يؤدين من أدوار اجتماعية إضافة إلى الدور المهني

المقياس	الأدوار الاجتماعية	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
مقياس الصحة النفسية	**الوضع الاجتماعي ن:568 عزباء=293=51.9% متزوجة= 275= 48.4%**				
صعوبة النوم	عزباء	2.78	1.12	2.12	*0.03
	متزوجة	2.56	1.06		
انخفاض المعنويات	عزباء	3.53	0.86	1.97	*0.05
	متزوجة	3.37	0.80		
الشعور بالسعادة	عزباء	3.21	0.88	3.13−	*0.00
	متزوجة	3.47	0.85		
الأعراض السيكوسوماتية	الوضع الاجتماعي	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
مشاكل في النوم, أحلام مزعجة أو كوابيس, وصعوبة في التنفس	عزباء	2.35	1.12	2.087	*0.038
	متزوجة	2.09	1.14		
المقياس	وجود أبناء	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
مقياس الصحة النفسية					
لا توجد فروق داله					
الأعراض السيكوسوماتية	وجود أبناء: ن:275 يوجد= 209% =76 لايوجد: 66=% 24	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
آلام الظهر	موجود	3.06	1.26	2.26	*0.02
	غير موجود	2.81	1.30		
خفقان القلب	موجود	2.06	1.04	3.04	*0.00
	غير موجود	1.08	1.01		
المقياس	توفر المساعدة ن: 275 نعم =168=%61.1 لا= 107= 38.1	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
مقياس الصحة النفسية					
صعوبة النوم	نعم	2.27	1.143	3.502	*0.001
	لا	2.87	1.090		
الشعور بالسعادة	نعم	3.56	0.819	2.175−	*0.031
	لا	3.27	0.918		
الأعراض السيكوسوماتية	توفر المساعدة	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
آلام الظهر	نعم	2.71	1.062	2.648	*0.009
	لا	3.20	1.300		

خفقان القلب	نعم	1.89	1.040	2.348	0.020*
	لا	2.29	1.128		
المقياس مقياس الصحة النفسية	تقديم الرعاية للأطفال أو المسنين ن=568 نعم= 305= 54% لا= 263=46.3%	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
صعوبة النوم	نعم	2.89	1.12	3.17	0.00*
	لا	2.59	1.08		
الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	نعم	3.59	1.01	3.15	0.00*
	لا	3.30	1.07		
انخفاض المعنويات	نعم	3.11	1.00	3.01	0.00*
	لا	2.83	1.04		
الشعور بالسعادة	نعم	3.24	0.89	-2.27	0.02*
	لا	3.42	0.88		
الشعور بالتفاؤل	نعم	3.23	1.04	-3.21	0.00*
	لا	3.51	0.96		
الأعراض السيكوسوماتية	تقديم الرعاية للأطفال أو المسنين	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
مشاكل في النوم, أحلام مزعجة أو كوابيس, وصعوبة في التنفس	نعم	2.37	1.15	2.66	0.01*
	لا	2.10	1.15		
تعب مزمن	نعم	2.60	1.31	3.11	0.00*
	لا	2.25	1.22		
حرقة في المعدة	نعم	2.16	1.23	2.14	0.03*
	لا	1.95	1.09		
إسهال ناتج عن التوتر	نعم	1.57	0.84	2.10	0.04*
	لا	1.43	0.75		
المقياس مقياس الصحة النفسية	وجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب ن=275 181=65.8% 94= 34.2%	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
الشعور بالسعادة	نعم	3.09	0.973	-2.228	0.026*
	لا	3.40	0.873		
الشعور بالنشاط	نعم	3.16	1.043	-3.188	0.002*
	لا	3.60	0.865		
الشعور بالتفاؤل	نعم	3.09	1.164	-2.425	0.016*
	لا	3.46	0.961		
الأعراض السيكوسوماتية	وجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
لا توجد فروق داله					

المقياس مقياس الصحة النفسية	طبيعة عمل المرأة	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
لا توجد فروق داله					
ó الأعراض السيكوسوماتية	طبيعة عمل المرأة	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
مشاكل في النوم, أحلام مزعجة أو كوابيس, وصعوبة في التنفس	دوام كامل	2.13	1.127	2.765−	0.006*
	دوام جزئي	2.46	1.245		
المقياس ó مقياس الصحة النفسية	الصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة ن=568 نعم= 401=70.6% لا= 167=29.4%	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
صعوبة النوم	نعم	3.05	1.12	7.47	0.00*
	لا	2.37	0.95		
الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	نعم	3.71	0.98	5.53	0.00*
	لا	3.20	1.07		
انخفاض المعنويات	نعم	3.32	1.00	8.21	0.00*
	لا	2.61	0.95		
الشعور بالسعادة	نعم	3.21	0.83	4.00−	0.00*
	لا	3.52	0.86		
الشعور بالنشاط	نعم	3.33	0.90	5.48−	0.00*
	لا	3.75	0.83		
الشعور بالتفاؤل	نعم	3.17	0.94	5.83−	0.00*
	لا	3.66	0.93		
الأعراض السيكوسوماتية	الصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
آلام الظهر	نعم	3.27	1.23	4.98	0.00*
	لا	2.71	1.27		
الصداع بسبب الضغط	نعم	3.25	1.11	6.54	0.00*
	لا	2.59	1.13		
مشاكل في النوم, أحلام مزعجة أو كوابيس, وصعوبة في التنفس	نعم	2.43	1.22	4.34	0.00*
	لا	2.00	1.05		
تعب مزمن	نعم	2.77	1.31	7.01	0.00*
	لا	2.03	1.09		
حرقة في المعدة	نعم	2.27	1.22	4.45	0.00*
	لا	1.83	1.03		
إسهال ناتج عن التوتر	نعم	1.67	0.87	5.67	0.00*
	لا	1.30	0.61		
خفقان القلب	نعم	2.20	1.12	5.42	0.00*
	لا	1.72	0.92		

4- مقياس الأمراض المزمنة Chronic Illness Episodes:

طُوِّرَتْ هذه الأداة بهدف تقييم مدى انتشار الأمراض المزمنة بين النساء العاملات، انظر (Piko, 2001). وتتكون من مجموعة من الأسئلة تقيس تواجد أمراض مزمنة معينة، هي: فرط ضغط الدم، والسكريّ، وانخفاض ضغط الدم، وتصلب الشرايين، وارتفاع مستوى الكولسترول. ويطلب من المشاركات الاستجابة بنعم أو لا أمام كل واحدة من الأمراض المزمنة الخمسة التي شملتها الأداة.

5- مقياس الأمراض الحادة Acute Disease Scale:

ولقياس مدى تعرض المرأة العاملة للأمراض الحادة تم توجيه السؤال التالي لأفراد عينة الدراسة "هل أصبت بمرض حاد اضطررت بسببه إلى مراجعة الطبيب وإلى ملازمة السرير خلالالإثنا عشر شهراً الماضية"؟

6- مقياس التقدير الذاتي للصحة ScaleSelf- Perceived Health:

يتألف هذا المقياس من فقرة واحدة تهدف هذه الفقرة التي استخدمت من باحثين آخرين مثال (Piko, 2001) إلى تقييم الوضع الصحي للمرأة من وجهة نظرها الخاصة؛ إذْ يُطلَبُ من أفراد العينة تقييم أوضاعهن الصحية مقارنة بمثيلاتهن من الفئة العمرية نفسها. ويلي العبارةَ التي خصصت لهذا الغرض مقياسٌ تدريجيٌّ يتراوح بين 1 (ويشير إلى درجة كبيرة من الضعف الصحيّ) إلى 4 (ويشير إلى وضع صحيّ ممتاز).

ثالثاً- صدق الصور المعربة من أدوات الدراسة وثباتها

استخرجت دلالات صدق الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة وثباتها في دراسة سابقة (بريك وداود، 2009) فبعد ترجمة ادوات الدراسة، تم عرضها على مجموعة من الزملاء في قسمي علم النفس في الجامعتين الأردنية، وعمان الأهلية للتاكد من دقة الترجمة وسلامتها ومن ملاءمة محتوى الفقرة للأهداف التي صممت لقياسها. أشارت نتائج التحكيم إلى دقة الترجمة وملاءمة الفقرات. كما بلغت قيم معاملات الثبات المتجمعة من عينة الثبات والمستخرجة بطريقة إعادة الاختبار Test-retest Method على مقياس الصحة النفسية والأعراض السيكوسوماتية (0.949) و(0.984) على التوالي. كما حسبت قيم معاملات الاتفاق Contingency Coeffecient عن البيانات المتجمعة من تطبيق مقياسي الأمراض المزمنة والتقدير الذاتي للصحة على عينة الثبات البالغ عدد أفرادها 50 امرأة، فبلغت قيمة معامل الاتفاق على جميع فقرات مقياسي الأمراض المزمنة والحادة 100%، باستثناء الفقرة التي تتناول الإصابة بانخفاض ضغط الدم Low Blood Pressure، إذْ بلغت قيمة معامل الاتفاق على هذه الفقرة 98%، كما بلغت قيمة معامل الاتفاق على مقياس التقدير الذاتي للصحة 100% أيضاً. انظر (بريك وداود، 2009).

رابعاً: تصحيح الأدوات والتحليل الإحصائي للبيانات

بعد أن جمعت أدوات الدراسة، روجعت، وصححت الاستمارات التي تبين أنها صالحة لأغراض الدراسة. وقد صححت البنود التي تحمل الأرقام (4، 5، 6) في مقياس الصحة النفسية بطريقة معاكسة لبقية الفقرات في المقياس؛ نظراً لأنها مصوغة بطريقة إيجابية. تلا ذلك تفريغ البيانات ومعالجتها باستخدام برنامج (SPSS) لاستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، ثم حسبت قيم "ت" ومربع كاي.

النتائج

أولاً: النتيجة المتعلقة بالسؤال الأول: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في الصحة النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب؟"

للتعرف على الفروق بين النساء العاملات في الأوضاع النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية وفق متغير تعدد الأدوار، تم تصنيف النساء العاملات بناءً على متغيرات الوضع الاجتماعي، ووجود أبناء لدى المرأة العاملة، وتوفر المساعدة في أعمال البيت، وقيام المرأة العاملة برعاية آخرين من الأطفال أو المسنين، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب، وطبيعة عمل المرأة (دوام كامل أو جزئي)، والصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والمهام الأسرية. ثم حسبت متوسطات النساء العاملات على بنود مقياسي الأعراض النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لتحديد الفروق بينهن في ضوء المتغيرات المذكورة. واستخرجت قيم "ت"

للكشف عن دلالة الفروق. والجدول (1) في الملحق يوضح المتغيرات التي تبين أنَّها مسؤولة عن وجود فروق دالة بين النساء العاملات في الأعراض النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية. وبالعودة إلى جدول (1) تتضح النتائج الآتية:

– الفروق المتعلقة بوضع المرأة الاجتماعي (متزوجة/ عزباء)

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة بين النساء العاملات المتزوجات والنساء العاملات غير المتزوجات في أعراض: صعوبة النوم، وانخفاض المعنويات، والشعور بالسعادة، وفي التعرض لمشاكل النوم (أحلام مزعجة وكوابيس وصعوبة التنفس)، إذْ بلغت قيم "ت" على الأعراض والمظاهر المذكورة: (2.12)، و(1.97)، و(−3.13)، و(2.087) على التوالي، وهذه القيم جميعها دالة عند مستوى الدلالة ∝≤ 0.05.

وبالعودة إلى قيم المتوسطات في جدول (1) يتضح أن متوسطات النساء العاملات العازبات اللواتي يعانين من صعوبة النوم وانخفاض المعنويات ومشاكل النوم يزيد عن متوسطات النساء العاملات المتزوجات على الأعراض المذكورة باستثناء الشعور بالسعادة. إذ بلغت متوسطات العازبات من النساء العاملات على هذه الأعراض (2.78)، و(3.53)، و(2.35)، في حين بلغت متوسطات النساء العاملات المتزوجات (2.56)، و(3.37)، و(2.09) على التوالي. كما يتضح أن متوسط النساء العاملات العازبات على متغير الشعور بالسعادة أقل من متوسط النساء العاملات المتزوجات، إذ بلغ متوسط النساء العاملات العازبات على الشعور بالسعادة (3.21) في مقابل (3.47) للنساء العاملات المتزوجات.

– الفروق المتعلقة بوجود أبناء.

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق دالة بين النساء العاملات تبعاً لمتغير وجود الأبناء على أي من الأعراض والمظاهر التي يتناولها مقياس الصحة النفسية.

في حين يتضح من الجدول وجود فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض لاضطرابات سيكوسوماتية، نحو: آلام الظهر، وخفقان القلب. إذ بلغت قيم "ت" (2.26)، و(3.04) على التوالي، وهاتان القيمتان دالتان عند مستوى الدلالة ∝ ≤ 0.05.

وبالعودة إلى قيم المتوسطات في جدول (1) يتضح أن متوسط النساء العاملات اللواتي لديهن أبناء على هذين العرضين أعلى من متوسط النساء العاملات اللواتي لا يوجد لديهن أبناء، إذ بلغ متوسط النساء العاملات اللواتي لديهن أبناء على هذين العرضين (3.06)، و(2.06)، في حين بلغ متوسط من ليس لديهن أبناء (2.81)، و(1.08) على التوالي.

– الفروق المتعلقة بتوفر المساعدة في أعمال البيت:

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة بين متوسطات النساء العاملات اللواتي تتوفر لهن المساعدة في أعمال البيت ومثيلاتهن ممن لا تتوفر لهن المساعدة في كلٍّ من: صعوبة النوم، والشعور بالسعادة، وآلام الظهر، وخفقان القلب. إذْ بلغت قيم "ت" (3.502)، و(−2.175)، و(2.648)، و(2.348) على التوالي. وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة ∝≤ 0.05.

وبالعودة إلى جدول (1) يتضح أن متوسطات النساء اللواتي لا يتلقين المساعدة في أعمال البيت أعلى من متوسطات مثيلاتهن اللواتي يتلقين المساعدة على أعراض: صعوبة النوم، وآلام الظهر، وخفقان القلب، إذْ بلغت قيم متوسطات من يحصلن على مساعدة (2.27)، و(2.71)، و(1.89)، في حين بلغت متوسطات مثيلاتهن ممن لا يتلقين المساعدة (2.87)، و(3.20)، و(2.29). وبلغ متوسط من يتلقين المساعدة على فقرة الشعور بالسعادة (3.56)، في مقابل (3.27) لمثيلاتهن اللواتي لا يتلقين مساعدة في أعمال البيت.

– الفروق المتعلقة بتقديم الرعاية للآخرين من الأطفال والمسنين

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة بين متوسطات النساء العاملات اللواتي يقمن برعاية الآخرين من الأطفال أو المسنين وبين متوسطات النساء العاملات اللواتي لا يقمن برعاية الآخرين في كُلٍّ من: صعوبة النوم، والشعور بالغضب

وسرعة الاستثارة، وانخفاض المعنويات، والشعور بالسعادة، والشعور بالتفاؤل. ومشاكل النوم، والتعب المزمن، وحرقة المعدة، والإسهال الناجم عن التوتر. وكانت متوسطات من يقمن بتقديم الرعاية للآخرين على جميع الأعراض المذكورة أعلى من متوسطات من لا يقمن بتقديم الرعاية باستثناء المتوسطات على مشاعر السعادة والتفاؤل. إذْ بلغت متوسطات من يقدمن الرعاية للآخرين على أعراض: صعوبة النوم، والشعور بالغضب وسرعة الاستثارة، وانخفاض المعنويات، ومشاكل النوم، والتعب المزمن، وحرقة المعدة، والإسهال الناجم عن التوتر: (2.89)، و(3.59)، و(3.11)، و(2.37)، و(2.60)، و(2.16)، و(1.57) على التوالي، بينما بلغت متوسطات النساء اللواتي لا يقمن بتقديم الرعاية للآخرين على الأعراض ذاتها: (2.59)، و(3.30)، و(2.83)، و(2.10)، و(2.25)، و(1.95)، و(1.43) على التوالي. وجميع هذه الفروق دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq 0.05$. حيث بلغت قيم "ت" (3.17)، و(3.15)، و(3.01)، و(2.66)، و(3.11)، و(2.14)، و(2.10).

وبلغت متوسطا النساء اللواتي يقمن برعاية آخرين من الأطفال أو المسنين على مشاعر السعادة والتفاؤل (3.24)، و(3.23) على التوالي. في حين بلغ متوسطا النساء اللواتي لا يقمن برعاية الأطفال أو المسنين (3.42)، و(3.51) على التوالي. وهذه الفروق دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq 0.05$، حيث بلغت قيم "ت" (−2.27)، و(−3.21) على التوالي.

– الفروق المتعلقة بوجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة بين متوسطات النساء العاملات اللواتي يقيم معهن آخرون من الأقارب وبين زميلاتهن اللواتي لا يقيم معهن آخرون في مشاعر السعادة والنشاط والتفاؤل. إذْ بلغت قيم "ت" على المظاهر المذكورة (−2.228)، و(−3.188)، و(−2.425) على التوالي، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq 0.05$.

وبالعودة إلى جدول (1) يتضح أن متوسطات النساء العاملات اللواتي يقيم معهن آخرون من الأقارب أقل من متوسطات زميلاتهن اللواتي لا يقيم معهن آخرون على المظاهر المذكورة. إذْ بلغت متوسطات الفئة التي يقيم معها آخرون من الأقارب (3.09)، و(3.16)، و(3.09). في حين بلغت متوسطات من لا يقيم معهن آخرون من الأقارب (3.40)، و(3.60)، و(3.46) على التوالي.

– الفروق المتعلقة بطبيعة عمل المرأة (دوام كامل/ دوام جزئي)

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق دالة بين متوسطات النساء اللواتي يعملن بدوام كامل ومثيلاتهن من النساء اللواتي يعملن بدوام جزئي على أي من الأعراض النفسية، واقتصرت الفروق فقط على أحد الأعراض السيكوسوماتية "التعرض لمشاكل النوم". إذْ بلغت قيمة "ت" (−2.765). وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq 0.05$. وبالعودة إلى جدول (1) يتضح أن متوسط النساء اللواتي يعملن بدوام جزئي على التعرض لمشاكل النوم أعلى من متوسط مثيلاتهن اللواتي يعملن بدوام كامل. إذْ بلغ متوسط من يعملن بدوام جزئي على هذا العرض (2.46) في مقابل (2.13) لمن يعملن بدوام كامل.

– الفروق المتعلقة بالصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة بين متوسطات النساء العاملات اللواتي يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل ومطالب الأسرة ومتوسطات النساء اللواتي لا يواجهن هذه الصعوبة على جميع الأعراض والمظاهر التي تضمنها مقياسا الصحة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية. وكانت متوسطات النساء اللواتي يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة، أعلى بدرجة دالة من متوسطات من لا يواجهن هذه الصعوبة في جميع الأعراض، باستثناء البنود التي اشتملت على مظاهر: الشعور بالسعادة، والنشاط، والتفاؤل؛ إذْ يلاحظ أن متوسطات من لا يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة، أعلى على هذه المظاهر من زميلاتهن اللواتي يواجهن هذه الصعوبة. إذْ بلغت متوسطات النساء اللواتي يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل ومطالب الأسرة على المظاهر المذكورة

(3.21)، و(3.33)، و(3.17) على التوالي، في حين بلغت متوسطات النساء العاملات اللواتي لا يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل ومطالب الأسرة على المظاهر ذاتها (3.52)، و(3.75)، و(3.66) على التوالي، وجميع هذه الفروق دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq$ 0.05. حيث بلغت قيم ت (−4.00)، و(−5.480)، و(5.830) على التوالي.

ثانياً: النتيجة المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة والحادة تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب؟"

للتعرف على الفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة والحادة تم تصنيفهن وفق متغيرات:الوضع الاجتماعي، ووجود الأبناء، وتوفر المساعدة في أعمال البيت، والقيام بتقديم الرعاية للآخرين من الأطفال والمسنين، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة من الأقارب. وطبيعة عمل المرأة (دوام كامل/ دوام جزئي)، والصعوبة في التوفيق بينمطالب العمل والأسرة. وفي ضوء كل متغير من المتغيرات المذكورة حسبت النسب المئوية للنساء المصابات بالأمراض المزمنة والنسبة المئوية للنساء اللواتي تعرضن لأمراض حادة (أمراض اضطرتهن إلى مراجعة الطبيب خلال العام الذي انقضى قبل الإجابة عن الاستبانة)، واستخرجت قيم مربع كاي للكشف عن دلالة الفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة والحادة وفق المتغيرات التي أُشير إليها، والجدولانِ (2، 3) في الملحق يوضحان النتائج. وفيما يأتي بيان بالنتائج التي تم التوصل إليها:

أولاً: النتيجة المتعلقة بالفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة في ضوء تعدد الأدوار.

- الفروق المتعلقة بالوضع الاجتماعي:

يتضح من جدول (2) وجود فروق دالة بين النساء العاملات العازبات وبين نظيراتهن المتزوجات في الإصابة بضغط الدم المنخفض. وبالعودة إلى جدول (2) يتضح أن النسبة المئوية للنساء العاملات العازبات المصابات بضغط الدم المنخفض أقل بدرجة دالة عن النسبة المئوية لزميلاتهن المتزوجات. إذ بلغت النسبة المئوية للنساء العاملات العازبات المصابات بضغط الدم المنخفض (6.04%) في مقابل (13.65%) للنساء العاملات المتزوجات. وهذه الفروق دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq$ 0.05 إذْ بلغت قيمة مربع كاي (6.087).

الجدول (2)*

الفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة في ضوء ما يؤدين من أدوار اجتماعية

الأمراض المزمنة	الوضع الاجتماعي	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
ضغط الدم المنخفض	عزباء	%6.04	%93.96	6.087	*0.008
	متزوجة	%13.65	%86.35		
الأمراض المزمنة	وجود ابناء	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
فرط ضغط الدم	نعم	%66.67	%43.96	4.773	*0.024
	لا	%33.33	%56.04		
ضغط الدم المنخفض	نعم	%14.65	%85.36	4.200	*0.028
	لا	%8.94	%91.07		
ارتفاع الكوليسترول	نعم	%4.58	%95.42	6.460	*0.011
	لا	%1.31	%98.96		
الأمراض المزمنة	توفر المساعدة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		

لا توجد فروق داله					
الأمراض المزمنة	العناية بالآخرين من الأطفال أو المسنين	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
لا توجد فروق داله					
الأمراض المزمنة	الصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
ضغط الدم المنخفض	نعم	%15.14	%84.86	3.80	*0.05
	لا	%9.42	%90.58		
الأمراض المزمنة	وجود آخرين يقيمون مع الأسرة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
تصلب الشرايين	نعم	%7.14	%92.9	7.594	*0.048
	لا	%0.88	%99.13		
الأمراض المزمنة	طبيعة عمل المرأة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
لا توجد فروق داله					

- الفروق المتعلقة بوجود الأبناء

يتضح من جدول (2) وجود فروق دالة بين النساء العاملات اللواتي لديهن أبناء وبين زميلاتهن اللواتي ليس لديهن أبناء في الإصابة بفرط ضغط الدم، وضغط الدم المنخفض، وارتفاع الكوليسترول. إذ بلغت قيم مربع كاي (4.773)، و(4.200)، و(6.460) على التوالي. وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة $\propto \geq$ 0.05. وبالعودة إلى جدول (2) يتضح أن النسب المئوية للنساء العاملات اللواتي لديهن أولاد والمصابات بفرط ضغط الدم، وضغط الدم المنخفض، وارتفاع الكوليسترول تفوق النسب المئوية للنساء العاملات المصابات بهذه الأمراض ممن ليس لديهن أولاد. إذْ بلغت النسب المئوية للنساء العاملات المصابات بالأمراض المذكورة ممن لديهن أولاد 66.67%، و14.65%، و4.58% على التوالي. في حين بلغت النسب المئوية للمصابات بهذه الأمراض ممن ليس لديهن أولاد 33.33%، و8.94%، و1.31% على التوالي.

- الفروق المتعلقة بالصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة

يتضح من جدول (2) وجود فروق دالة بين النساء العاملات اللواتي يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة وزميلاتهن اللواتي لا يواجهن هذه الصعوبة في الإصابة بضغط الدم المنخفض. إذْ بلغت قيمة مربع كاي (3.80)، وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة $\propto \geq$ 0.05.وبالعودة إلى جدول (2) يتضح أن النسبة المئوية لمن يواجهن صعوبة في التوفيق بين المطالب المهنية والأسرية (15.14%) في مقابل (9.42%) لزميلاتهن اللواتي لا يواجهن هذه الصعوبة.

- الفروق المتعلقة بوجود آخرين يقيمون مع الاسرة.

يتضح من جدول (2) وجود فروق دالة بين النسبة المئوية للنساء العاملات اللواتييقيم معهن آخرون وبين النسبة المئوية للنساء اللواتي لا يقيم معهن آخرون في الإصابة بتصلب الشرايين. إذْ بلغت قيمة مربع كاي (7.594). وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة $\propto \geq$ 0.05. ولدى العودة إلى جدول (2) يتضح أن النسبة المئوية لمن يقيم معهن آخرون من الأقارب (7.14%) في مقابل (0.88%) لمن لا يقيم معهن آخرون من الأقارب.

وبالنسبة لبقية المتغيرات فلم تكشف نتائج الدراسة، كما يتضح من جدول (2)، عن فروق دالة بين النساء العاملات

في التعرض للأمراض المزمنة تعزى إلى توفر المساعدة في أعمال البيت، والعناية بالآخرين من الأطفال والمسنين، وطبيعة عمل المرأة.

الجدول (3)*

الفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض الحادة في ضوء ما يؤدين من أدوار اجتماعية

الأمراض الحادة	الحالة الاجتماعية	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	لا توجد فروق داله				
الأمراض الحادة	وجود ابناء	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	لا توجد فروق داله				
الأمراض الحادة	توفر المساعدة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	نعم	%18.75	%80.00	5.70	*0.01
	لا	%30.57	%69.43		
الأمراض الحادة	العناية بالآخرين من الأطفال أو المسنين	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	نعم	%34.66	%65.34	9.463	*0.002
	لا	%22.13	%77.87		
الأمراض الحادة	الصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	نعم	%30.89	%69.11	3.73	*0.05
	لا	%23.19	%76.81		
الأمراض الحادة	وجود آخرين يقطنون مع الأسرة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	لا توجد فروق داله				
الأمراض الحادة	طبيعة عمل المرأة	التعرض للاصابة		مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا		
	لا توجد فروق داله				

وعن النتيجة المتعلقة بالفروق بين النساء العاملات في التعرض للأمراض الحادة في ضوء ما تقوم به المرأة العاملة من أدوار إلى جانب الأدوار المهنية فقد توصلت الدراسة إلى ما يأتي:

يتضح من جدول (3) وجود فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض للأمراض الحادة تعزى إلى متغيرات: توفر المساعدة في أعمال البيت، والعناية بالآخرين من الأطفال أو المسنين، والصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة. إذْ بلغت قيم مربع كاي (5.70)، و(9.463)، و(3.73) على التوالي. وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leq 0.05$.

ولدى العودة إلى جدول (3) يتضح أن النسب المئوية للنساء اللواتي تعرضن للأمراض الحادة ممن لا يتلقين المساعدة ويقدمن الرعاية للآخرين، ويواجهن صعوبة في

التوفيق بين مطالب العمل والأسرة تفوق النسب المئوية لمثيلاتهن ممن يتلقين المساعدة في أعمال البيت، ولا يقُمْنَ برعاية آخرين من الأطفال أو المسنين، ولا يواجْهنَ صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة. إذْ بلغت النسب المئوية للنساء اللواتي أصبن بأمراض حادة من الفئة الأولى (30.57%)، و(34.66%)، و(30.89%)، في مقابل (18.75%)، و(22.13%)، و(23.19%) للفئة الثانية.

ولم تكشف النتائج عن فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض للأمراض الحادة تعزى إلى متغيرات: الوضع الاجتماعي، ووجود أبناء، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة، وطبيعة عمل المرأة (دوام كامل/دوام جزئي).

الجدول (4)*

تقييم المرأة العاملة لأوضاعها الصحية في ضوء ما تؤديه من ادوار اجتماعية أضافة إلى الدور المهني

الأدوار الاجتماعية		التقييم الذاتي: ضعيف	مناسب	جيد	ممتاز	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الوضع الاجتماعي	عزباء	%4.61	%19.07	%43.42	%32.89	5.86	3	*0.034
	متزوجة	%5.94	%23.51	%47.55	%22.10			
تقديم الرعاية للاطفال والمسنين	نعم	%10.47	%21.99	%43.98	%23.56	9.98	3	*0.023
	لا	%3.77	%24.26	%46.90	%25.07			
صعوبة التوفيق بين مطالب العمل والأسرة	نعم	%12.72	%28.07	%44.30	%14.91	46.08	3	*0.000
	لا	%0.01	%20.30	%47.46	%30.07			

*تم الاقتصار فقط على عرض المتغيرات التي كشفت النتائج عن مسؤوليتها عن إحداث فروق دالة بين النساء العاملات

ثالثاً: النتيجة المتعلقة بالسؤال الثالث: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التقدير الذاتي للوضع الصحي تعزى إلى القيام بأدوار متعددة متعارضة المطالب"؟

للإجابة عن هذا السؤال تم تقسيم النساء العاملات وفق متغيرات: الوضع الاجتماعي، ووجود الأبناء، وتوفر المساعدة في أعمال البيت، والعناية بالآخرين من الأطفال والمسنين، والصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة، وطبيعة عمل المرأة (دوام كامل أو جزئي). والجدول (4) في الملحق يوضح النتائج الآتية:

بالعودة إلى جدول (4) يتضح وجود فروق دالة بين النساء العاملات في التقييم الذاتي للوضع الصحي تعزى إلى متغيرات: الوضع الاجتماعي، والعناية بالآخرين، وصعوبة التوفيق بين مطالب العمل والأسرة، إذْ بلغت قيم مربع كاي (5.86)، و(9.98)، و(46.08)، على التوالي. وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة $\propto \geq$ 0.05. كما يوضح جدول (4) أن النسبة المئوية للنساء العاملات العازبات اللواتي قيَّمْنَ أوضاعهن الصحية ممتازة بلغت (32.89%)، وهذه النسبة تفوق نسبة النساء للعاملات المتزوجات التي بلغت (22.10%). وبلغت النسبة المئوية لمن قيَّمْنَ أوضاعهن الصحية بأنها ممتازة ممن يقدمن الرعاية للآخرين من الأطفال أو المسنين (23.56%) في مقابل (25.07%) ممن لا يقدمن هذه الرعاية. كما يلاحظ أن النسب المئوية لمن لا يقمن برعاية الآخرين وقيمن أوضاعهن الصحية تقييمات إيجابية

(مناسب، جيد، ممتاز) تزيد عن النسب المئوية لمثيلاتهن ممن يقمن برعاية الآخرين. وبلغت النسبة المئوية لمن قيَّمن أوضاعهن الصحية ممتازة ممن لا يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والمهنة (30.70%) مقابل (14.91%) لمن يواجهن هذه الصعوبة.

المناقشة

أجريت الدراسة الحالية بهدف الكشف عن تأثير تعدد الأدوار في صحة المرأة العاملة النفسية والجسمية، وقد تم اختيار مجموعة من الأدوار التي يفترض بأنها تفرض على المرأة العاملة مطالب تتعارض مع مطالب عملها. كما تم توجيه سؤال مباشر لعينة الدراسة، وهو: "هل تواجهين صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة؟" وفيما يأتي مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها:

أولاً: مناقشة نتيجة السؤال الاول: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في الصحة النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى القيام بأدوار متعددة؟"

مناقشة النتيجة المتعلقة بالوضع الاجتماعي:

على الرغم من زيادة الأعباء التي تصاحب الأدوار الزواجية إلا أن نتيجة هذه الدراسة بينت أن الوضع النفسي والسيكوسوماتي للمرأة العاملة المتزوجة أفضل من مثيلاتها من العاملات غير المتزوجات؛ مما يؤيد وجهة النظر التي تعتبر أن الزواج يشكل مصدر حماية Protection لصحة المرأة النفسية والسيكوسوماتية، وهو ما توصلت إليه دراسات عديدة، مثال (Lahelma, Arber, Kivela and Roos, 2002; Blom, Janszky, Balgon, Orth-Gomer and Wamala, 2003; Robles and Kiecolt-Glaser, 2003; Earle, Smith, Harris and Lingino, 1998). وعلى وجه التحديد فقد توصل البعض إلى أن وجود شريك حياة لدى النساء اللواتي تعرضن للذبحة القلبية MyocardialInfraction شكل مصدر حماية لهن، ومنع عودة الأعراض بعد العلاج (Case, Moss, Case, McDemott and Eberly, 1992). هذه النتيجة لها ما يُسوِّغها؛ فالزواج يشكل بالنسبة للمرأة، لاسيمًا في المجتمعات المحافظة مصدر أمن واستقرار وإشباع عاطفي. كما أنه يرتبط بالأهمية والمكانة الاجتماعية. فالنساء اللواتي لم يتمكنَّ من إيجاد الشريك المناسب قد يتولد لديهن مشاعر سلبية ومخاوف من الوحدة. ومما يؤيد ذلك أن الفروق بين النساء ظهرت بشكل خاص في متغيرات: صعوبة النوم، وانخفاض المعنويات، والشعور بالسعادة، وفي التعرض لمشاكل في النوم (الأحلام المزعجة والكوابيس وصعوبة التنفس). وهذه الأعراض غالباً ما تكون انعكاساً لحالة القلق التي يتعرضنلها، ولم تظهر الفروق في الأعراض والمظاهر النفسية والسيكوسوماتية الأخرى. ومع ذلك فإنَّ هذه النتيجة تستدعي إجراء مزيدٍ من الدراسات، لاسيمًا وأن دراسات سابقة مثال (Blom, 2007) لم تتوصل إلى وجود تأثير للزواج في صحة النساء. كما أن دراسات أخرى (Earle et al., 1998) بينت أن الزواج لا يقود بالضرورة إلى تدعيم صحة المرأة، ولكن نوعية الزواج The Quality of Marriage له تأثير إيجابي أقوى في صحتها النفسية.

مناقشة النتيجة المتعلقة بوجود أبناء لدى المرأة العاملة.

لم تكشف نتيجة الدراسة عن وجود فروق دالة بين النساء العاملات في أي من الأعراض النفسية تعزى إلى وجود الأبناء، ولكنها كشفت عن وجود فروق دالة في أعراض سيكوسوماتية من نحو: آلام الظهر، وخفقان القلب. وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بما يمكن أن تتعرض له المرأة العاملة من إجهاد الدور Role Strain نتيجة العبء الزائد Role Over-Load المرتبط بزيادة المهام التي يفرضها وجود الأبناء؛ لذلك كان متوسط النساء اللواتي يعانين من آلام الظهر وخفقان القلب لدى الفئة التي لديها أولاد يفوق بدرجة دالة متوسط النساء اللواتي لا يوجد لديهن أولاد. تتفق هذه النتيجة مع فرضية المحدودية التي أشير إليها في مقدمة هذه الدراسة؛ فوجود الأولاد لدى المرأة العاملة يستهلك جزءاً كبيراً مما تمتلكه من طاقة وهي تحاول أن توفق بين مطالبهم ومطالب العمل وغيرها من المطالب المتعلقة بالأدوار الاجتماعية الأخرى.

مناقشة النتيجة المتعلقة بتوفر المساعدة في أعمال البيت:

بينت نتائج هذه الدراسة أن المرأة العاملة التي لا تتوفر لها المساعدة في أعمال البيت كانت أكثر عرضة لصعوبة النوم،

وآلام الظهر، وخفقان القلب، وأقل شعوراً بالسعادة. فعبء العمل الزائد Work Over-Load الذي تتعرض له المرأة العاملة يؤثر سلباً في أوضاعها النفسية والسيكوسوماتية مقارنة بمثيلاتها اللواتي يحصلن على المساعدة التي تخفف من الإجهاد الذي ينشأ عن الزيادة في الأعباء. وهو ما ذهبت إليه فرضيتا الإجهاد Role Strain Hypothesis (Blom, 2007)، والمحدودية التي أُشير إليها في مقدمة هذه الدراسة. وهذا يعني أن ما تتعرض له المرأة العاملة من إجهاد قد يكون سبباً في إزالة الآثار الإيجابية التي تنشأ عن مشاركتها في سوق العمل، وهي الآثار التي بينها نموذج تجمع الأدوار Role Acummulation Model (Blom, 2007)، وفرضيات الانتقاء، والامتداد، والسببية الاجتماعية، والمساندة.

مناقشة النتيجة المتعلقة بتقديم الرعاية للآخرين من الأطفال أو المسنين:

انسجاماً مع الدراسات العديدة القديمة والحديثة نسبياً (Cain, 1986; Gilbert and Rachlin, 1987; Field and Bramwell, 1998; McBride, 1988; Collins et al., 1992; Meleis and Stevens, 1992; Jackson, 1993; Lundberg, Mardberg and Frankenauser, 1994; Lundberg and Frankenauser, 1999) بينت نتائج الدراسة أن النساء العاملات اللواتي يتحملن مسؤولية العناية بالأطفال الصغار أو المسنين كنَّ أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والأعراض السيكوسوماتية من زميلاتهن اللواتي لا يتحملن هذه المسؤولية. وقد كانت الفروق واضحة في جميع الأعراض التي شملها مقياس الصحة النفسية، وأغلب الأعراض التي تضمنها مقياس الأعراض السيكوسوماتية؛ مما يقدم مؤشراً على خطورة صراع الدور– الذي قد تتعرض له المرأة العاملة التي لديها أطفال صغار– على صحتها النفسية وأوضاعها السيكوسوماتية نتيجة عدم تمكنها من تقديم الرعاية الكافية للأطفال أو المسنين مع اضطرارها للتواجد في مكان العمل بعيداً عن أولئك الذين يحتاجون إلى رعايتها.

تستدعي هذه النتيجة التأكيد على ضرورة إيجاد التشريعات التي تساهم في تسهيل مهمة الأم العاملة، وخلق بيئة عمل تسودها ظروف عمل صديقة للأم OrganzaltionMother Friendlyبحيث تخفف من مشاعر الخوف والذنب والصراع الذي تتعرض له الأمهات اللواتي لديهن أطفال صغار، خصوصاً أن نزول المرأة إلى سوق العمل، في هذه الحالات، غالباً ما يكون ضرورة حتمية تفرضه الظروف الاقتصادية وتعقد متطلبات الحياة المعاصرة وليس خياراً.

مناقشة النتيجة المتعلقة بوجود آخرين من الأقارب يقيمون مع الأسرة:

أوضحت نتيجة هذه الدراسة أن وجود آخرين من الأقرباء يقيمون مع الأسرة بشكل دائم يشكل مصدراً آخر لما يمكن أن تتحمله المرأة من أعباء. ومن الملاحظ أن الفروق بين النساء العاملات التي تعزى إلى هذا العامل قد تركزت في الجوانب النفسية المرتبطة بالشعور بالسعادة والنشاط والتفاؤل. فاضطرار المرأة إلى المسايرة، أو عدم قدرتها على التعبير الحر، يزداد مع تواجد آخرين يقطنون مع الأسرة؛ مما يفسر سبب تدني مشاعر السعادة والنشاط والتفاؤل، ويقدم دلالة على أن الفرد يرغب دائماً في تحقيق الاستقلال في إدارة شؤونه. فالتدخلات التي قد يفرضها وجود آخرين يقطنون مع الأسرة، في شؤون الأسرة وقرارتها، يبدو أنها ترتبط بالمعاناة والكبت والحرمان من المشاعر الإيجابية، ناهيك عن الأعباء الإضافية التي يضيفها على ما تتحمله المرأة العاملة من أعباء.

مناقشة النتيجة المتعلقة بطبيعة عمل المرأة (دوام كامل/ دوام جزئي):

كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أن زيادة عدد ساعات العمل التي تؤديها المرأة في الأسبوع لا يرتبط بتعرضها للمخاطر الصحية النفسية. فعلى ما يبدو أن إدراك الفرد لوجود العبء الزائد في العمل يكون أكثر ارتباطاً بالمعاناة النفسية من الوقت الذي يقضيه في العمل. وهذه النتيجة توصلت إليها دراسات سابقة مثال (Herzog, House and Morgan, 1991)؛ إذ بين هيرتزوج ورفاقه أن الأشخاص الذين أقروا بتعرضهم لضغط أكثر في العمل، أظهروا عدداً أكبر من المؤشرات الدالة على المرض. كما بينت عمليات المتابعة اللاحقة أنهم تعرضوا للموت بمعدل أكثر من زملائهم الأقل تعرضاً للضغط

المهني. لقد اتفقت النتيجة المتعلقة بالفروق بين النساء العاملات في ضوء طبيعة العمل، على وجه العموم، مع وجهات النظر التي تشير إلى وجود فوائد لتعدد الأدوار (Marks, 1977, Thoits, 1983)؛ مما يساند بشكل جوهري التصور القائل بأن الناس قادرون على إيجاد الوقت وتوفير الطاقة لعمل الأشياء التي يرغبون فيها، وغالباً ما يشعرون بأنهم أكثر حيوية بعد أن يتمكنوا من عمل ما يرغبون (بريك، 2009). فالفروق التي تعزى إلى طبيعة العمل لم تظهر إلا في التعرض لمشاكل في النوم. وكانت هذه الأعراض أكثر ظهوراً لدى من يعملن بدوام جزئي؛ مما يدعو إلى القول بأن الاستقرار في العمل والوضع الاقتصادي أقوى تأثيراً في أوضاع المرأة الصحية من الجهد الذي يبذل نتيجة زيادة عدد ساعات العمل، وهو ما بينته دراسة أخرى أجريت على عينة من النساء الأُردنيات العاملات (بريك،2010a)؛ إذِ اتضح أن الوضع الاقتصادي كان من أكثر العوامل تأثيراً في تقرير الأوضاع الصحية النفسية والجسمية للمرأة العاملة.

مناقشة النتيجة المتعلقة بصعوبة التوفيق بين مطالب العمل والأسرة:

تأكيداً لفرضية صراع الدور Role Conflict، يتضح أن ما تواجهه المرأة من صراع بين مطالب أدوار العمل والأسرة كان من أكثر العوامل المؤثرة سلباً في أوضاعها الصحية النفسية وفي تعرضها للاضطرابات السيكوسوماتية؛ فشعور المرأة العاملة بالتقصير في أداء أدوارها الأسرية المرتبطة بالأمومة وإدارة شؤون الأسرة الأخرى يعرضها إلى القلق والارتباك؛ مما يؤدي إلى تهديد مشاعر تقدير الذات لديها ويؤثر سلباً في مفهومها عن ذاتها بالإضافة إلى إمكانية تعرض حياتها الزوجية ومركزها الاجتماعي إلى المخاطر. لذلك اتضح من نتيجة السؤال الذي يعكس تعرض المرأة العاملة إلى صراع الدور، بالإضافة إلى زيادة الأعباء التي تتحملها، أن أعباء العمل وحدَها لا يكون تأثيرها بالقوةِ نفسِها التي تنشأ عن حالة الصراع، لاسيمَّا عندما تجد المرأة العاملة نفسها مضطرة إلى القفز بين الأدوار المتعددة المتصارعة في مطالبها؛ مما يولد لديها ضغطاً شديداً ظهر تأثيره واضحاً في مختلف الأعراض والمظاهر التي شملها مقياسا الصحة النفسية والأعراض السيكوسوماتية، كما ظهر في زيادة تعرضها إلى ضغط الدم المنخفض والأمراض الحادة مقارنة بمثيلاتها الأقل تعرضاً للصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة.

مناقشة نتيجة السؤال الثاني: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التعرض للأمراض المزمنة والحادة تعزى إلى القيام بأدوار متعارضة المطالب؟"

من الملاحظ من النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة فيما يتعلق بالفروق بين النساء في التعرض للأمراض المزمنة أن الوضع الاجتماعي، ووجود أبناء، والتعرض للصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة، ووجود آخرين يقيمون مع الأسرة كانت من أقوى العوامل المؤثرة في تعرض المرأة العاملة للأمراض المزمنة. فالنساء المتزوجات كن أكثر تعرضاً من مثيلاتهن من غير المتزوجات لضغط الدم المنخفض، ومن لديهن أبناء كُنَّ أكثر عُرْضةً لفرط ضغط الدم، وضغط الدم المنخفض، وارتفاع مستوى الكوليسترول من مثيلاتهنَّ اللواتي ليس لهن أبناء، وتبين أنَّ من يتعرضْنَ للصعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة كُنَّ أكثر تعرضاً لضغط الدم المنخفض. كما كانت النساء اللواتي يقيم معهن آخرون من الأقارب أكثر عرضة لتصلب الشرايين من مثيلاتهن اللواتي لا يقيم معهن آخرون. ومما يلاحظ على هذه النتيجة أن أمراض ضغط الدم كانت أكثر تأثراً، من غيرها من الأمراض المزمنة، بما تتعرض له المرأة من ضغط ناجم عن تعدد الأدوار. إن نتيجة هذه الدراسة تقدم مؤشراً إلى أن الضغط الناتج عن عبء العمل الإضافي يمكن أن يزيل الآثار الإيجابية التي يخلفها العمل في صحة المرأة العاملة، لاسيمَّا وأن دراسة سابقة (بريك، وداود، 2009) أجريت بهدف المقارنة بين النساء العاملات وغير العاملات في الأوضاع الصحية، بينت أن غير العاملات كن أكثر تعرضاً لأمراض ضغط الدم، والسكري، وارتفاع مستوى الكولسيترول. وهذه المقارنة تقدم دلالة تؤيد أهمية العمل في مساندة صحة المرأة النفسية والجسمية. فالعمل لا يشكل مصدر إيذاء لصحة المرأة، ولكن الضغط والعبء الزائد يشكلان عاملاً جوهرياً فيما يمكن أن تتعرض له من آثارٍ سلبية. فعلى الرغم من أن أوضاع النساء العاملات الصحية كانت – كما أشير إليه في

(بريك، وداود، 2009)- أفضل من مثيلاتهن من غير العاملات، إلا أنه يتضح أن أوضاع العاملات اللواتي يتعرضن لصراع المطالب ويتحملن أعباءً زائدة قد تأثرت سلباً مقارنة بمثيلاتهن ممن لا يتعرضن لهذه الظروف.

مناقشة النتيجة المتعلقة بالأمراض الحادة

أما الأمراض الحادة فقد كانت أكثر ظهوراً لدى النساء العاملات اللواتي لا تتوفر لهن المساعدة، واللواتي يقمن برعاية آخرين من الأطفال أو المسنين، ومن يواجهن صعوبة في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة. تقدم هذه النتيجة دليلاً على أن عبء العمل الزائد يؤثر سلباً في صحة المرأة، وفي زيادة تعرضها للأمراض التي يزداد التعرض إليها لدى انخفاض مناعة الجسم؛ بسبب التعب والإجهاد والعبء المتراكم Alloststic load. ذلك أن دراسات عديدة، مثال (Seeman, Singer, Horwitz and McEwen, 1997)، بينت أن التعرض للضغط يقلل من كفاية جهاز المناعة؛ مما يؤدي إلى حدوث تغيرات عديدة ضارة بصحة الفرد، نذكر منها: انخفاض عدد خلايا المناعة الوسيطة Cell-Mediated Immunity، وعجز الجسم عن التوقف عن إفراز الكورتيزول استجابة للضغط، وزيادة مستوى الإيبينفرين، وتغيرات في نبضات القلب؛ مما يجعل المرء أكثر عرضة لممارسة عادات ضارة بالصحة (Sorensen, Thompson, Basen-Engquist, Abrams, Kuniyuki, DiClementeand Biener, 1998)، وإلى المخاطر الصحية مقارنة بأولئك الذين لا يتعرضون إلى الإجهاد المرتبط بزيادة العبء (Repetti, 1993a).

مناقشة نتيجة السؤال الثالث: "هل توجد فروق دالة بين النساء العاملات في التقدير الذاتي للوضع الصحي تعزى إلى القيام بأدوار متعارضة المطالب؟"

على الرغم من أن نتائج هذه الدراسة قد كشفت عن تمتع المرأة العاملة المتزوجة بوضع نفسي وسيكوسوماتي أفضل من مثيلاتها من النساء غير المتزوجات، إلا أن تأثير العبء الناجم عن تعدد الأدوار قد اتضح في زيادة نسبة من قيمن أوضاعهن الصحية "ممتازة" من غير المتزوجات مقارنة بالمتزوجات. وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بما تتعرض له المرأة المتزوجة من إجهاد؛ فالمسؤوليات الأسرية والاجتماعية التي تتحملها المرأة العاملة المتزوجة قد تسبب لها الإرهاق؛ مما يؤثر سلباً في أوضاعها الصحية الجسمية، وعلى تقييمها لأوضاعها الصحية. وكما هو متوقع فقد انعكست زيادة الأعباء المرتبطة بتقديم الرعاية للآخرين الناجمة عن الصعوبات في التوفيق بين مطالب العمل والأسرة على تقييمات النساء العاملات لأوضاعهن الصحية أيضاً؛ مما يدعو إلى التأكيد على أهمية توفير الظروف الملائمة في بيئة العمل بحيثتكون بيئة عمل صديقة للمرأة العاملة Organzaltion Woman Friendly وبشكل خاص للأم العاملة.

خلاصة القول

يتضح من نتائج هذه الدراسة أن الأوضاع الصحية للمرأة العاملة التي تتعرض إلى الإجهاد بسبب تعدد المهام المطلوبة منها وتصارعها قد تأثرت سلباً مقارنة بمثيلاتها من النساء العاملات اللواتي لا يتعرضن إلى هذه الظروف؛ مما يؤيد وجهة النظر بأن ما تحققه المرأة العاملة من فوائد نتيجة مشاركتها في قوة العمل تتلاشى مع زيادة الأعباء وتعقد المطالب. ومن هنا فإن نتيجة هذه الدراسة قد جاءت منسجمة مع النتائج الضارة التي أشارت إليها فرضيات صراع الدور، وعبء الدور، والمحدودية التي تنجم عن تعدد الأدوار وتصارعها.

ومع ذلك يمكننا القول بأن العمل لا يضر- بالضرورة- بصحة المرأة، ولكن زيادة الضغط هي التي يمكن أن تُؤثِّرَ سلباً في صحتها النفسية والجسمية، وعلى تقييمها لأوضاعها الصحية، لاسيما وأن الفروق بين النساء اللواتي يعملن بدوام كلي واللواتي يعملن بدوام جزئي قد كشفت أن من يعملن بدوام جزئي كن أكثر عرضة لمشاكل النوم، وأن هناك أدواراً معينة، كالأدوار الزواجية، قد ارتبطت إيجاباً بالصحة النفسية للمرأة العاملة.

توصيـــات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها توصي هذه الدراسة بما يأتي:

1- توجيه الاهتمام إلى تطوير أوضاع المؤسسات التي تهتم

برعاية الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بهدف تخفيف الأعباء النفسية التي تتعرض لها المرأة العاملة.

2- تولي وسائل الإعلام إعداد الدورات التثقيفية للشباب المقبلين على الزواج وحديثي العهد بالزواج؛ لمساعدتهم على تبني توجهات أكثر إيجابية نحو الأدوار الأسرية والتخلص من الأفكار النمطية المتعلقة بالتقسيم الحاد للأدوار الجندرية.

3- تطوير المناهج الدراسية بما يساعد على تطوير اتجاهات إيجابية عند الذكور نحو التعاون والمشاركة الفاعلة في المهام الأسرية؛ حتى لا تلقى جميع المهام على كاهل الأم.

4- تطوير ظروف العمل والتشريعات المتعلقة بأوقات الدوام وإجازات الأمومة بحيث تتحول مواقع العمل إلى بيئات عمل صديقة للأم Organzaltion Mother Friendly.

المصادر والمراجع

المراجع العربية

بريك، وسام؛ وداود، فوزي. (2009). أثر المشاركة في قوة العمل على الأوضاع الصحية النفسية والجسمية للمرأة العاملة: دراسة مقارنة بين النساء العاملات وغير العاملات في عَمّان/ الأردن، مجلة العلوم الاجتماعية، 37(2)، 116-154.

بريك، وسام. (2010). مستويات الرغبة في الانضمام إلى قوة العمل. محدداتها، وعلاقتها بالأوضاع الصحية للمرأة العاملة. المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية (دراسات)، 37 (3)، 551-573.

بريك، وسام. (2010a). أثر مجموعة مختارة من العوامل الديموغرافية في الأوضاع الصحية للمرأة العاملة.مؤتة للبحوث والدراسات: سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 25 (3)، 75-116.

العزام، عبد المجيد؛ والشهابي، إنعام. (2003). اتجاهات المرأة القيادية في الأردن نحو معوقات وصول المرأة إلى المواقع القيادية العليا، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية- العلوم الإنسانية. 6 (2)، 94-114.

ناصر، سري؛ حسن، فريال. (1999). الوضع الصحي للمرأة في قرى وادي عربة. جمعية مراكز الإنماء، دراسات أردنية.

المراجع الأجنبية

Barnett, C., Marshall, N. L. and Singer, J. D. 1992. Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: A longitudinal study. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 62 (4): 634-644.

Barnett, R., Raudenbush, S., Brennan, R., Pleck, J. and Marshall, N. 1993. Change in job and marital experience and change in psychological distress: A hierarchical linear analysis of longitudinal data from dual-earner couples. Working Papers Series. No. 266, Center for Research on Women, Wellesley College.

Baruch, G. K., Biener, L. and Barnett, R. C. 1987. Women and gender in research on work and stress. ***American Psychologist***, 42 (2): 130-136.

Belle, D. (Ed.), 1982. ***Lives in stress: Women and depression.*** Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Aneshensel, S. 1986. Marital and employment role-strain, and social support among adult women. In S. E. Hobfoll (Ed.). Stress, Social Support and Women (pp. 99-114). New York. Hemisphere.

Arber, S., Gilbert, N. and Dale, A. 1985. Paid employment and women's health: A benefit or a source of role strain? ***Sociology of Health and Illness***, 7 (3): 375-400.

Aston, J. and Lavery, J. 1993. The health of women in paid employment: Effects of quality of work role, ***Social support and cynicism on psychological and physical well-being. Women and Health***, 20 (3): 1-25.

Barnett, R., Davidson, H., and Marshall, N. L 1991. Physical symptoms and the interplay of work and family roles. ***Health Psychology***, 10 (2): 94-101.

Björnberg, U. 1998. Well-being among Swedish employed mother with preschool children. In Chesney, M. Wenger, N, K Orth-Gomer, K., (Eds.), Women Stress and Heart Disease. London, Lawrence Erlbaum Associates.

Blom, M., Janszky, I. Baloq, P., Orth-Gomër, K. and Wamala, S.P. 2003. Social relations in women with coronary heart disease: The effects of work and marital stress. ***Journal of Cardiovascular Risk,*** 10 (3): 201-206.

Burley, K. A. 1995. Family variables as mediators of the relationship between work-family conflict and marital adjustment among dual-career men and women. ***The Journal of Social Psychology,*** 135 (4): 483-497.

Cain, C. 1986. Stress-related claims increasing: DeCarlo Business Insurance, 20-44.

Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., McDermott, M., and Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. ***The Journal of the American Medical Association,*** 267 (4):515-519.

Clark, Jennifer M. 1997. Role strain on working mothers. Missouri Western State College. http://www.missouriwestern.edu/psychology/research/psy302/spring79/jennifer_clark.html

Cleary, P. D., and Mechanic, D. 1983. Sex differences in psychological distress among married people. ***Journal of Health and Social Behavior***, 24, 111-121.

Collins, C., Tiedje, L. B., and Stommel, M. 1992. Promoting positive well-being in employed mothers: A pilot study**. *Health Care for Women International,*** 13 (1): 77-85.

Crawford, J. S. 1977. Women in Middle Management: selection, Training Advancement Performance. Ridgewood, N4: Forkner.

Duxbury, L. E. and Higgins, C. 1991. Gender differences in work-family conflict. Journal of Applied Psychology, 76 (1): 60-74.

Earle, J. R., Smith, M. H., Harris, C. T., and Longino, C. F. Jr. 1998. Women, marital status, and symptoms of depression in a midlife national sample, ***Journal of Women and Aging.*** 10 (1): 41-57.

Elliott, B. J. and Huppert, F. A. 1991. In sickness and in health: Associations between physical and mental well-being, employment and parental status in British nation wide sample of married women. ***Psychological Medicine***, 21 (2): 515-524.

Field, S. and Bramwell, R. 1998, An investigation into the relationship between caring responsibilities and the levels of perceived pressure reported by female employees. ***Journal of Occupational and Organizational Psychology,*** 71 (2): 165-170.

Gilbert, L. A. and Rachlin, V. 1987. Mental health and psychological functioning of dual-career families. ***Counseling Psychologist***, 15 (1): 7-49.

Grundy, E., and A. Sloggett. 2003. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. ***Social Science and Medicine***, 56 (5): 935-947.

Hakim, C. (1995). Five feminist myths about women's employment. ***British Journal of Sociology,*** 46 (3): 429-55.

Hall, L. A., Williams, C. A., and Greenberg, R. S. 1985. Supports, stressors, and deressive symptoms in low income mothers of young children. ***American Journal of Public Health***, 75 (5): 518-522.

Hammen, C. 2003. Socail stress and women's risk for recurrent depression. ***Archives of Women's Mental Health***, 6 (1): 9-13.

Hartley, M., Popay, J. and Plewis, I. 1992. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health**. *Sociology of Mental IIIness***, 14 (3): 313-343.

Hattar-Pollara, M. and Dawani, H. 2006. Cognitive appraisal of stress and health status of wage working and nonwage working women in Jordan. ***Journal of Transcultural Nursing,*** 17 (4): 349-356.

Härenstam, A. and Bejerot, E. 2001. Combining professional work with family responsibilities. A burden or a blessing? ***International Journal of Social Welfare***, 10 (3): 202-214.

Herzog, A. R., House, J. D., and Morgan, J. N. 1991. Relation of work and retirement to health and well-

being in older age. ***Psychology and Aging***, 6 (2): 202-211.

Hughes, D. L., and Galinsky, E. 1994. Gender, job and family conditions, and psychological symptoms. ***Psychology of Women Quarterly***, 18 (2): 251-270.

Hyde, J. S., Klein, M. H., Essex, M. J., and Clark, R. 1995. Maternity leave and women's mental health. ***Psychology of Women Quarterly***, 19 (2): 257-285.

Jackson, A. P. (1993). Black, single, working mothers in poverty: Preferences for employment, well-being, and perceptions of preschool-age children. ***Social Work.*** 38 (1): 26-34.

Kessler, R. C., and McRae, J. A. (1982). The effect of wives' employment on the mental health of married men and women. ***American Sociological Review,*** 47 (2): 216-227.

King, D. W., King, L. A., and Adams, G. A. 1996. Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. ***Journal of Applied Psychology,*** 81, 411-420.

Krause, N., and Markides, K. S. 1985. Employment and psychological well-being in Mexican American women. ***Journal of Health and Social Behavior,*** 26 (1): 15-26.

Lahelma, E. Arber, S. Kivelā, K. and Roos, E. 2002. Multiple roles and health among British and Finnish women: The influence of socioeconomic circumstances. ***Journal of Social Science and Medicine,*** 54 (5): 727-740.

Langan-Fox J., Poole, M. E. 1995. Occupational stress in Australian business and professional women. ***Stress Medicine***, 11(2): 113-122.

Lennon, M.C. and Rosenfield, S. 1992. Women and mental health: The interaction of job and family conditions. ***Journal of Health and Social Behavior***, 33(3): 316-327.

Lewis, S. and Cooper, C. L. 1983. The stress of combining occupational and parental roles: A review of the literature. ***Bulletin of the British Psychological Society***, 36, 341-345.

Lundberg, U., Mardberg, B., and Frankenhaeuser, M. 1994. The total working of male and female white collar workers as related to occupational level, age, and number of children. ***Scandinavian Journal of Psychology***, 35 (4): 315-327.

Lundberg, U., Frankenhaeuser, M. 1999. Stress and workload of men and women in high-ranking positions. ***Journal of Occupational Health Psychology***. 4 (2): 142-151.

Maclean, H., Glynn, K., and Ansara, D. 2004. Multiple roles and women's mental health in Canada. ***BMC Womens Health.*** 25(4): Suppl 1:S3.

Marks, S. R. 1977. Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. ***American Sociological Review,*** 42, 921-936.

McBride, A. B. (1990). Mental health effects of women's multiple roles. ***American Psychologist***, 45 (3): 381-384.

McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., and Russo, N. F. 1990. Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues. Washington, DC: American Psychological Association.

McKeen, C. A., and Burke R. J. 1994. The Women friendly organization: Initiatives valued managerial women. ***International Journal of Career Managements***, 5(4): 19-24.

Mcleod, J. D. and Kessler, R. C. 1990. Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. ***Journal of Health and Social Behavior***, 31 (2): 162-172.

Mead, H., Witkowski, K., Gault, B., and Hartmann, 2001. The influence of income, education, and work status on women's well-being. ***Women's Health Issuees,*** 11(3): 160-172.

Meleis, A. I., and Stevens, P. E. 1992. Women in clerical jobs: Spousal role satisfaction, stress, and coping. ***Women and Health***, 18 (1), 23-40.

Mori, M., Nakashima, Y., Yamazaki, Y., and Kurita, H. 2002. Sex-role orientation, marital status and mental health in working women, ***Archives of Women's Mental Health***, 5 (4): 161-176.

Nelson, D. L. and Burke, R. J. (Eds.) 2002. Gender, Work Stress and Health. Washington, DC. ***American***

Psychological Association.

Noor, N. M. 1995. Work and family roles in relation to women's well-being: A longitudinal study. ***British Journal of Social Psychology***, 34 (1): 87-106.

Redelinghuys, N., Botes, L. J. S., and M De wet 1999. Roles conflict among women employees: Fact or fiction***? Society in Transition***, 30 (1): 54-68.

Repetti, R. L. (1993a). The effects of workload and the social environment at work on health. In I. Goldberger and S. Bresnitz (Eds.), Handbook of Stress (pp. 368-385). New York: Free Press.

Richmond-Abbot, M. (1992). Masculine and Feminine: Gender Roles over the Life Cycle. USA: McGraw-Hill.

Robles, T. F., Kiecolt-Glaser, J. K. 2003. The physiology of marriage: Pathways to health. ***Physiology and Behavioral.*** 79(3): 409-416.

Ross. C. E., and Hayes, D. 1988. Exercise and psychological well-being in the community. ***American Journal of Epidemiology,*** 127(4): 762-771.

Rudd, N. M., Mckenry, P. C. 1986. Family influences on the job satisfaction of employed mothers. ***Psychology of Women Quarterly***, 10 (4): 363-371.

Sabbagh, A. A. 1997. ***Women's work and achievement in the Jordanian civil services. Unpublished doctoral dissertation***. University of Nottingham, UK .

Seeman, T. E., Singer, B. H., Rowe, J. W., Horwitz, R. I., and McEwen, B. S. 1997. Price of adaptation: Allostatic load and its health consequences: MacArther studies of successful aging. ***Archives of Internal Medicine***, 157 (19): 2259-2268.

Sorensen, G., Thompson, B., Basen- Enqquist, K., Abrams, D., Kuniyuki, A., Diclemente, C. and Biener, L. 1998. Durability, dissemination, and institutionalization of worksite tobacco control programs: results from the working well trial***. International Journal of Behavioral Medicine***, 5 (4): 335-351.

Snapp, M. B., 1992. Occupational stress, social support, and depression among black and white professional-managerial women. ***Women Health,*** 18 (1): 41-79.

Stephens, M. A. P. and Franks, M. M. 1999. Parent care in the context of women's multiple roles. ***American Psychological Society,*** 8 (5): 149- 152.

Quick, J. C., and Quick, J. D. 1984. ***Organization Stress and Preventive Management***. New York: McGraw-Hill.

Parasuraman, S., Purohit, Y. S., Godshalk, V. M., and Beutell, N. J. 1996. Work and family variables, entrepreneurial career success, and psychological well-being. ***Journal of Vocational Behavior,*** 48 (3): 275-300.

Piko, B. 2001. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. ***Psychological Record***, 51 (2): 223-235.

Piko, B., Barabas, K., and Boda, K. 1997. Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self- perceived health in a Hungarian student population. ***European Journal of Public Health,*** 7 (3): 243 – 253.

Pina, D. L., and Bengston, V. L. 1993. The division of household labor and wives´ happiness: Ideology, employment, and perception of support. ***Journal of Marriage and the Family***, 55 (4): 901-912.

Power, C., Stansfeld, S., Matthews, O., Manor, and S. Hope. 2002. Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: Evidence from the 1958 British birth cohort. ***Social Science and Medicine***, 55 (11): 1989-2004.

Thoits, P. A. 1983. Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. ***American Sociological Review***, 48 (2): 147-187.

Thoits, P. A. (1992). Multiple identities: Examining gender and marital status differences in distress. American Sociological Review, 51, 259-272.

Thompson L. and Walker, A. J. 1989. Gender in families: women and men in marriage, work, and parenthood. ***Journal of Marriage and the Family***, 51(4): 845-871.

Waldron, I., Weiss, C. C., and Hughes, M. E. 1998. Interacting effects of multiple roles on women'

health. ***Journal of Health and Social Behavior,*** 39 (3): 216-236

Waldron, I., and Jacobs, J. 1989. Effects of labor force participation on women's health: New evidence from a longitudinal study. ***Journal of Occupational Medicine***, 30 (12): 977-983.

Wells, L. G., and Major, D. A. 1997. "Superwomen's" work-family conflict: The impact of perfectionism. Paper presented at the Twelfth Annual Conference of the Society of Industrial and Organizational Psychology, St. Louis, MO.

Wiersma, U. J. (1990). Gender differences in job attribute preferences: Work-home role conflict and job level as mediating variables. Journal of Occupational Psychology, 63(3): 231-243.

Wortmen, C., Biernat, M. and Lang, E. 1991. Coping with role overload. In M. Frankenhaeuser (Ed.), Women, Work and Health: Stress and Opportunities. New York: Plenum Press.

Multiple Roles and Well-Being of Working Woman

Wisam Break*

ABSTRACT

This study was conducted to investigate the differences in mental and physical health,and self-assessment of general health status among a sample of working women in relation tocombiningsocial and family roles with work roles. The sample consisted of (568) working women aged between 20 and 60 years, who have been working for over three years in various private or public vocational sectors in the governorate of Amman, Jordan.

The participants were classified in accordance to their social and family roles. Four instruments were applied to reveal the differences in mental health, psychosomatic symptoms, chronic and acute diseases, and health status.

Significant differences were found among working women in mentalhealth, psychosomatic symptoms, physical health (chronic and acute diseases) and in general health status in relationto combining social and family roles. The effect of combining social and family roles with work roles wasmore obviouson the occurrence of mental and psychosomatic health symptoms than on the occurrence of chronic and acute diseases. Generally, married working women showed better mental health than their single counterparts.

Keywords: Working woman, Multiple roles, Psychosomatic disorder, Chronic disease, Acute disease, Mental health, General health status.

* Department of Psychology, Al-Ahliyya Amman University, Jordan.
Received on 9/5/2013 and Accepted for Publication on 23/12/2013.